Ueber die

Differential-Diagnose

bei

Hernia incarcerata.

Inaugural-Dissertation

unter dem Präsidium

des Herrn Professor

DR. J. N. RITTER VON NUSSBAUM

k. b. Generalstabsarzt à. l. s. etc.

der

medicinischen Facultät zu München

vorgelegt

von

Dr. med. Alfred Mayer,

prakt. Arzt und Assistenzarzt am Münchner Dr. von Hauner'schen Kinderspitale.

München, 1882.

Königl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber die

Differential-Diagnose

bei

Hernia incarcerata.

Inaugural-Dissertation

unter dem Präsidium

des Herrn Professor

DR. J. N. RITTER VON NUSSBAUM

k. b. Generalstabsarzt à. l. s. etc.

der

medicinischen Facultät zu München

vorgelegt

von

Dr. med. Alfred Mayer,

prakt. Arzt und Assistenzarzt am Münchner Dr. von Hauner'schen Kinderspitale.

München, 1882.

Königl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn

Prof. D^R. J. N. Ritter von Nussbaum

in tiefster Verehrung

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554608_0150

Eines der umfangreichsten Kapitel der Chirurgie dürfte die herniologische Literatur sein; die Hernien sind eben sehr häufig; die Einklemmung höchst gefährlich; die Therapie höchst lohnend.

Begreiflicherweise bildet dieses Kapitel einen Lieblingsgegenstand der Praktiker.

Der unlängst auf der v. Nussbaum'schen Klinik vorgekommene interessante Fall eines suppurirenden Bubos und einer gleichzeitig darunter mit dem ganzen Incarcerationssymptomen complexe bestehenden Hernie gibt mir Veranlassung, diese Zeilen in Druck zu bringen und dem Schriftchen den Namen: „die Differentialdiagnose der hernia incarcerata" beizulegen.

Ehe ich auf das Thema eingehe, möge es mir gestattet sein, in Kürze über die Geschichte der Incarceration zu sprechen.

Die Thatsache, dass an Darmhernie leidende Menschen plötzlich von den Symptomen der Darmocclusion befallen werden können, ist seit den ältesten Zeiten bekannt; terminologisch fixirt finden wir den Zustand erst in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts.

François Rousset spricht von hernia captiva, volvulosa, selbst von incarceratio; im 17. Jahrhundert tritt schon die richtigere Anschauung auf, dass bei der Incarceration eine Abschnürung zu Stande kommt.

Schon John Hunter (1728—1793) befasste sich viel damit, dass der Inhalt von Bruchgeschwülsten einer Art schleichender Entzündung, welche Adhäsionen im Bruchsacke hervorrufen, anheim fallen könne; andere Chirurgen unterscheiden hiernach Fälle von wahrer Incarceration und Zustände, die den Symptomen einer solchen völlig glichen.

Astley Cooper (1786—1841) war der Erste, der von einer Eiterung des Bruchsackes sprach, die eine Darmeinklemmung vortäuschte.

Die Worte Dupuytren's, Key's und bedeutender anderer Chirurgen, welche die Wichtigkeit der Bruchentzündung keineswegs unterschätzten, blieben unbeachtet.

Seit mehreren Decennien erst gelangte man zur Erfahrung, dass nicht allein Undurchgängigkeit des Darmtraktes die Symptome der Incarceration hervorrufen, sondern dass sie auch bei jeder starken Reizung des Bauchfells, bei der perforativen Peritonitis, bei Fremdkörpern im Darm, bei leeren entzündeten Bruchsäcken und dergl. vorkommen.

(Malgaigne, De l'inflammation simple des hernies où du pseudo — étrangement. Gaz. des hôpit. (1846.)

Mit der Entzündung der Brüche und besonders der leeren Bruchsäcke beschäftigte sich sehr eingehend Chassaignac (Revue medic. chirurg. de Paris 1855). Er beschrieb 20 Fälle von leeren Bruchsäcken und die von ihnen abhängigen Einklemmungserscheinungen.

Wer den Symptomencomplex der Incarceration — Singultus, Erbrechen, Kothbrechen, die Schwäche und das Sinken des Pulses, der Temperatur, die facies hippocratica, Cyanose, Verfall der Kräfte, die Kälte der Extremitäten, den schmerzhaften aufgetriebenen Leib, kalten Schweiss u. s. w. — am Krankenbette gesehen, wird dieses erschreckende Bild nicht vergessen.

Welche Schwierigkeiten die Diagnose bei Einklemmungssymptomen mit sich bringt, dies wird wohl kein Arzt unter-

schätzen und dürfte folgender Satz im Allgemeinen Geltung haben.

Albert zitirt Lawrence über die Differentialdiagnose zwischen wirklicher und Pseudoincarceration folgendermassen:

„The most embarrassing case in respect to diagnosy is where inflammation attacks the contained parts, but is independent of stricture" und fährt fort: In der That ist die Differentialdiagnose so schwer, dass sie mitunter als wahrer Probirstein chirurgischer Erfahrung und Einsicht gelten kann.

Es gibt Fälle, wo Niemand an etwas Anderes denken wird als an Entzündung; es gibt aber auch Fälle, die von einer Einklemmung gar nicht zu unterscheiden sind, Fälle, in welchen jeder Chirurg zum Messer greift und erst durch den Anblick und die Untersuchung der Theile Aufschluss erlangt.

Albert unterscheidet dreierlei Entzündungsarten eine adhaesive, eine exsudative und eine purulente; von den 8 Fällen Alberts von „exsudativer Entzündung" glaube ich absehen zu können, da bei keinem derselben Incarcerationssymptomen ähnliche Erscheinungen gesetzt waren.

Der in diesem Schriftchen als Material benutzte, äusserst interessante und belehrende Fall, den ich der Güte meines wohlwollenden verehrten Lehrers, Herrn Generalstabsarztes Professor Dr. von Nussbaum verdanke, liefert einen neuen Beweis der Schwierigkeit der Differentialdiagnose bei Geschwülsten, die an den Lieblingsstellen der Hernien (in der Leisten- und Schenkelregion) auftreten.

Wie schon flüchtig erwähnt, können die Ursachen von Einklemmungserscheinungen die verschiedensten sein, das Symptomenbild, welches sich bei den zu Darmverschluss führenden Processen am Krankenbette zeigt, ist ein constantes; von Alters her wurde dieser Zustand als eine selbstständige Krankheit betrachtet, das Symptom für die Krankheit selbst gesetzt und Ileus, Miserere, Volvulus (Kothbrechen) getauft.

Die Alten sahen das Wesen des Ileus für einen entzündlichen Darmzustand an, hervorgerufen durch in den Bruchsack hinabgestiegene Gase und Kothmassen; erst die grössere Pflege des anatomischen Studiums brachte Aufklärung über die dem Ileus zu Grunde liegenden anatomischen Störungen.

In der That hat die alte Ansicht, dass entzündliche Reizzustände des Darmes resp. des Peritoneums Kothbrechen mache, viel für sich, da wir Kothbrechen nicht allein bei Impermeabilität des Darmes, sondern auch bei andern Reizzuständen z. B. bei Ulcerationen, Perforationen des Peritoneums haben und wie der heute noch näher zu besprechende Fall zeigt sogar bei entzündeten leeren Bruchsäcken.

Wenngleich die meisten Arten der Darmverschliessung und Darmverengerung bekannt waren, so hielten doch lange Zeit die Aerzte an symptomatischen Krankheitsbildern fest und erst allmählig führte das Bedürfniss nach anatomischen Differentialdiagnosen zur schärferen Unterscheidung und Abwägung der Symptome des Beginnes, Verlaufes der Krankheiten.

Die Bezeichnung Ileus ist heutzutage noch gang und gebe, und will man damit nur das augenfälligste Symptom der Impermeabilität des Darmes (das Kothbrechen) damit hervorheben.

Ehe ich den am Eingange dieser bescheidenen Schrift berührten Fall bringe, kann ich es mir nicht versagen, in kurzen Zügen einen nicht minder interessanten Fall, der auf v. Nussbaum's Klinik zur Behandlung gekommen, vorzuführen.

Eine Frau hatte seit längerer Zeit eine Geschwulst in der rechten Leistengegend, die seit vier Tagen äusserst schmerzhaft war. Ausserhalb des Spitals war die Taxis versucht worden, die Reposition gelang nicht, die Diagnose war auf hernia incarcerata gestellt.

Was haben wir vor uns?

Ist es ein Neoplasma, eine eiternde, fluktuirende Leistendrüse, eine Hernie oder blos ein Bruchsack?

Eine suppurirende Drüse kann äusserlich einer eingeklemmten Hernie sehr ähnlich sehen; hat Patient vielleicht opium erhalten, ist Stuhlretention und Erbrechen vorhanden, kann selbst der Geübteste gerechte Bedenken haben; suppurirende Drüsen machen oft Fieber, gastrische Erscheinungen, Erbrechen, Stuhlverhaltung, so dass nicht die localen, sondern auch die Allgemeinerscheinungen eine hernia incarcerata vortäuschen können.

Kann nicht auch ein mit Exsudat oder Netz gefüllter Bruchsack, doch ohne Darmschlinge alle Erscheinungen eines eingeklemmten Bruches zeigen?

Chassaignac beschreibt 20 Fälle, Danzel in Hamburg 3 mit Erbrechen, kalten Extremitäten, wobei nur ein mit etwas Eiter gefüllter Bruchsack vorgefunden wurde.

Doch davon später; ich werde mir erlauben aus der Literatur einige prägnante Fälle zu bringen.

Was soll nun in einem solchen Falle des Zweifels geschehen?

Wir schneiden in der Chloroformnarkose — selbstredend unter strengster Beobachtung sämmtlicher Lister'schen Cautelen — mit Bistouri nebst Hohlsonde ein. Dies that auch im vorliegenden Falle v. Nussbaum, es zeigte sich ein eingeklemmter degenerirter, verdickter Bruchsack ohne Inhalt; v. Nussbaum öffnet, durchsticht, unterbindet und schneidet ihn ab.

Diese Radicaloperation der Hernie, welche eigentlich dem Altertum angehört, wurde erst im letzten Decenium, nachdem der Segen der antiseptischen Methode fühlbar wurde, von Professor Dr. v. Nussbaum wieder hervorgezogen und während sie früher eine grosse Mortalität hatte, wird sie jetzt mit dem grössten Erfolge gemacht.

Um wieder auf unseren Fall zurückzukommen, nun wurde ein Drain eingelegt, mit antiseptischer Gaze comprimirt und verbunden, darüber noch eine Cautschukbinde zur Sicherung des Verbandes angelegt.

Vollständige Heilung.

Es kommt nicht selten vor — bei einem sogenannten Lister'schen Bruche, wo nur eine Darmwand, die eine Hälfte des Darmes eingeklemmt ist, dass Stuhl vorhanden sein kann; andererseits ist das Kothbrechen, wie bereits bemerkt, durchaus nicht immer das Zeichen von Impermeabilität des Darmrohres, es ist dasselbe oft nur ein nervöses Symptom, eine Reflexerscheinung.

Henoch (Klinik der Unterleibskrankheiten) stellt dreierlei Ursachen des Erbrechens auf, es möge mir gestattet sein, ihn zu zitiren.

1) Das Erbrechen als Reflexerscheinung, wo meist die Magen- und Duodenalschleimhaut selbst Stätte der Reizung, welche von den centripetalen Nerven zum Rückenmark und Gehirn geleitet, von hier aus die zum Brechakt nöthigen Muskelgruppen in Bewegung setzt, z. B. bei Katarrh, Geschwüren etc., bei Reizzuständen in anderen sensiblen Nervengebieten, besonders Nieren, weiblichen, seltener männlichen Sexualorganes.

2) das Erbrechen durch direkte Reizung vom Gehirn und Rückenmark aus und

3) das aus mechanischen Ursachen; ihm liegen Verschliessung oder Verengerung im Intestinaltrakte zu Grunde, z. B. Stenosen des Oesophagus, der Cardia, des pylorus, Darmverschliessung, -Verengerung, carcinoma, hernia, invaginatio, volvulus etc.

Der letztere Punkt — das Erbrechen aus mechanischen Ursachen und zwar in seiner Steigerung zum Kothbrechen, nämlich der Ileus herniosus — eine Theilerscheinung der Incarceration wird für vorliegende Arbeit von Interesse sein.

Die Frage, ob ein Bruch vorhanden oder nicht, dürfte oft sehr schwierig stehen. Pitha (Prager Vierteljahrschrift 1845) macht ausdrücklich auf die Nothwendigkeit einer genauen Untersuchung aufmerksam; ganz abgesehen von der Kenntniss der anatomischen und pathologischen Verhältnisse, dienen uns zur Stellung einer richtigen Diagnose die Percussion und die sorgfältige manuelle Untersuchung. Allein trotz aller Vorsicht ist ein error in diagnosi nicht ausgeschlossen, so erzählt Pitha von einem Falle, wo er bei einer Frau (sie hatte alle Erscheinungen eines eingeklemmten Schenkelbruches) die Herniotomie machte, zwar einen leeren Bruchsack fand, allein die Sektion zeigte, dass eine durch Darmtuberculose verursachte Peritonitis die Ursache der Erscheinungen war.

Aus der französischen Literatur sind folgende Fälle bekannt.

Sanson (vgl. Terrion, These sur le diagn. des tumeurs de l'aine. Paris 1830) eröffnete bei einem Falle mit Incarcerationserscheinungen den Bruchsack, worauf viel Eiter abfloss; es lag weder Darm, noch Netz, noch überhaupt irgend ein Eingeweide in demselben. Die Innenfläche des Sackes war glatt, glänzend, frei von Adhäsionen, die Communikation des Sackes mit der Bauchhöhle eng, so dass man nur die Spitze des kleinen Fingers hindurch zwängen konnte. Gleich nach der Operation hörten die Erscheinungen, welche die Einklemmung simulirt hatten, ganz auf.

Ein weiterer Fall ist von Nérard (tumeur formée par d'anciens caes herniaires remplis de seriosité. Gaz. med. de Lyon 1866), der bei einer 35jährigen Patientin einen alten in 2 unter einander communicirende Abtheilungen getheilten mit seroser Flüssigkeit gefüllten Bruchsack beobachtete, den er wegen Einklemmungserscheinungen operirte.

Buchmann (hernia, Lancet I. 8 1866) eröffnete wegen Einklemmungserscheinungen einen Schenkelbruchsack, der sich als leer und mit grossen Massen Eiter angefüllt, erwies.

In der deutschen Literatur finden in den 40er Jahren derartige Fälle ihre Beschreibung durch Eulenburg, Salomon und Andere, besonders durch Pitha.

So berichtet Eulenburg (Beitrag zur Diagnose der Hernien. Deutsche Klinik 1842) über einen Fall, wo man bei der Sektion einen leeren Bruchsack im Inguinalkanal fand, der lange den Verdacht einer hernia incarcerata erregt hatte. Patient war unter den Erscheinungen von enteritis und peritonitis erkrankt.

v. Nussbaum (Ueber den Schok grosser Verletzungen und Operationen nebst Mittheilungen über Laparotomie 1877) referirte in der Sitzung des ärztlichen Bezirksvereins München über seinen ersten Fall dieser Art, er betraf einen jungen Mann, bei dem wegen Ileus, verursacht durch innere Einklemmung die Laparotomie gemacht worden war. Patient war nach der Operation, welche die Darmincarceration glücklich beseitigt hatte, eine Zeit lang ganz wohl gewesen. Plötzlich aber, heisst es, traten wieder Erscheinungen von Ileus auf; aber es war deutlich, dass diese Symptome von einem Reizzustand des linken Hoden- und Samenstrangs ausgingen, weil diese Gebilde schmerzhaft und geschwollen waren.

Da aber die Hernie, welche Patient früher hatte, nicht vorgetreten, also auch nicht eingeklemmt war, so dachte ich, es möchte hier einer jener seltenen Fälle vorliegen, wo das Bild einer Incarceration durch einen entzündeten und eiternden Bruchsack geliefert wird. Ich erinnerte mich an die interessanten Krankheitsgeschichten, welche Herr College Danzel vor mehreren Jahren veröffentlicht hat, chloroformirte den Kranken, präparirte den Samenstrang und fand in der That einen Löffel voll Eiter im leeren Bruchsack eingeschlossen.

Die Operation war nach antiseptischer Methode gemacht und Dränage eingelegt worden.

Sofort waren alle besorgnisserregenden Symptome verschwunden, das Erbrechen hörte auf, Stuhlentleerung und Blähungen kamen ohne Kunsthülfe und Alles blieb jetzt auch in Ordnung.

Ein zweiter Fall v. Nussbaum's ist in Gelbachs Inaugural-Dissertation über Pseudo-incarceration beschrieben.

Ein dritter Fall v. Nussbaums von einem entzündeten leeren Bruchsack ist kurz folgender, er dürfte in differentialdiagnostischer Beziehung viel Interessantes und Belehrendes bieten, er ist von Grabinger, (Dissert. über entzündete leere Bruchsäcke) besprochen.

Bei einem 23jährigen kräftigen Manne bestand 4 Wochen vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus (Anfangs Oktober 1881) ein eitriger Ausfluss aus der urethra und eine kleine Erosion an der glans penis; vor 3 Wochen entstand eine Drüsenanschwellung in der rechten Inguinalgegend; die Gonorrhoe wurde ausserhalb des Spitals behandelt, beim Eintritt des Patienten bestand noch goutte militaire.

Patient zog sich vor einigen Tagen eine Indigestion zu durch Genuss von Milch und Obst, es traten heftige Leibschmerzen und Erbrechen grünlicher Massen auf, Stuhlentleerung seit 3 Tagen retardirt. Auf die chir. Abtheilung aufgenommen, hatte Patient in der rechten Inguinalgegend eine schmerzhafte, unbewegliche und gering fluktuirende Drüsenanschwellung; abdomen druckempfindlich, gespannt. Leichte gonorrhoe bestand noch. Temperatur 39,8°. Ordin. feuchtwarme Umschläge, Einspritzung von Borsäurelösung in die urethra; ol. Ricini, Potio Rivveri innerlich.

Am 5. Oktober noch keine Defäcation; die Empfindlichkeit im abdomen bestand fort, ebenso Erbrechen. Temp. 38,7°. Trotz oleum Ricin. clysma und Einlaufes erfolgte nur eine sehr kleine Entleerung von Flüssigkeit, vermischt mit einigen Kothballen. Die Geschwulst war weicher geworden, zeigte deutliche Fluktuation.

6. Oktober nachmittags kein Stuhl, Erbrechen grünlicher, nach Koth riechender Massen.

Die geröthete, fluktuirende, schmerzhafte Geschwulst sah keiner incarcerirten Hernie ähnlich, v. Nussbaum entschied sich für einen Drüsenabscess oder entzündeten leeren Bruchsack. v. Nussbaum von der Erwägung ausgehend, dass die Indication zur Operation gegeben, sei die Geschwulst nur eine hernia incarcerata oder ein eiternder Bubo oder ein leerer eiternder Bruchsack, eröffnete sie unter Narkose und Spray.

Auch nach dem Hautschnitt und dem Bloslegen der Geschwulst ringsherum bestand noch immer Zweifel, ob bubo oder leerer Bruchsack. v. Nussbaum schnitt den Tumor ein, worauf viel dicker, blutig tingirter Eiter abfloss. Das Innere der Höhle fühlte sich markig, drüsig an, so dass man noch mehr einen bubo vor sich zu haben glaubte. v. Nussbaum suchte nun nach der Ursache der Einklemmung und fand den Sack mit der Bauchhöhle communicirend, die Geschwulst war also ein leerer Bruchsack. Was aber einem degenerirten, vereiterten Drüsengewebe gleichsah, war, wie eine genauere Untersuchung herausstellte, ein adhärentes, knollig entartetes aber nicht eingeklemmtes Netzstückchen, welches entfernt wurde.

Nach 3 Wochen vollständige Heilung.

Englisch (Wien. med. Presse 1880) hat über 40 Fälle theils aus der Literatur theils aus eignen Erfahrungen zusammengestellt und hebt als differentialdiagnostisches Moment hervor, dass bei der wahren Incarceration der Schmerz am grössten in der Nähe der Bruchpforte sei und nach auswärts gegen die Bauchhöhle ausstrahle, während bei Entzündung des leeren Bruchsackes derselbe sich auf die vorgelagerte Bauchfellpartie beschränke und an der Pforte weniger intensiv sei.

Es ist mir ein Fall erinnerlich, den zu erzählen ich mir nicht versagen kann. Auf die v. Nussbaum'sche Klinik

wurde ein 13jähriger Knabe gebracht mit der Diagnose hernia incarcerata. Anstatt einer solchen konstatirte v. Nussbaum auf den ersten Blick, dass man es hier mit einem „Kryptorchismus“ zu thun habe.

Vor Verwechslung einer Hydrocele mit hernia incarcerata dürfte der Umstand schützen, dass bei ersterer der Leistenkanal leer befunden wird, dass sie gleichmässig gespannt, fluctuirend, durchscheinend ist, leeren Ton hat und sich von unten nach oben entwickelt.

Das Vorhandensein von tympanitischer Resonanz, sowie Erscheinungen der Incarceration wie sie z. B. bei exsudativer Peritonitis auftreten, dürfte die Diagnose um ein Bedeutendes erschweren.

Ein Varix der vena saphena — Pitha thut eines Falles Erwähnung — könnte auch eine hernia incarcerata simuliren.

Was nun den Varix anbelangt, so hat er mit der Hernie nichts weiter gemein, als dass er weich und auf Druck entleerbar ist; eine genaue Anamnese und ebenso genaue Lokal-Untersuchung wird jedoch vor einem so verhängnissvollen Irrthum schützen.

Dass Drüsenanschwellungen resp. Entzündungen für incarcerirte Herniengeschwülste angesehen werden können oder umgekehrt oder dass beide pathologische Zustände zugleich bestehen können, davon sind in der Literatur mehrere Fälle bekannt.

Brown und Windsor veröffentlichten mehrere Fälle, wo eingeklemmte Brüche durch Drüsengeschwülste maskirt wurden (Assoc. journal 1854).

Ueber eine schwierige Differentialdiagnose zwischen eingeklemmter Schenkelhernie und entzündeter Lymphdrüse berichtete Evans (Case of strangulated femoral-hernia. Lancet 1878).

Der Fall war folgendermassen gelagert:

Unterhalb und parallel dem ligam. Poubart. in der

Schenkelbeuge lag eine $2^1/_2$ Zoll lange irreponible Geschwulst, dieselbe bestand seit Jahren, war aber früher weniger fest verwachsen, zeigte mässige Incarcerationssymptome. Evans durchtrennte die Haut und fand ein Packet geschwellte. Drüsen, dahinter eine kleine Hernie, die reponirt wurde.

Ferner sind Fälle bekannt von Cysten, die einen bestehenden und sogar eingeklemmten Bruch verdecken.

Wölfler (Incarceration einer abdominellen Cyste. Archiv für klinische Chirurgie XXI.) berichtet über einen 19jährigen Kellner, der seit 2 Tagen an Einklemmungserscheinungen litt. Vor dem rechten Leistenringe lag eine vor 2 Jahren zum ersten Male vom Patienten bemerkte Geschwulst, welche nunmehr die Operation erheischte.

Nach Spaltung des vermeintlichen Bruchsackes entleerte sich eine klare, gelbe Flüssigkeit, der Sack war leer von Darm und Netz, nach oben drang der untersuchende Finger auf einen geschlossenen, in die Bauchhöhle gehenden Fortsatz. Ein Stück der Cyste wurde exstirpirt, der Rest drainirt. Völlige Heilung.

Nicht zu verschweigen ist die täuschende Aehnlichkeit, welche traumatische und entstandene Hämatocele mit einer hernia incarcerata haben können.

Selbst die geübtesten Chirurgen können im Zweifel bleiben, bis das Ristouri Aufklärung gibt.

Die Haematocele kann plötzlich durch Sturz entstehen wie eine Hernie; sie ist gespannt, schmerzhaft wie eine Hernie; sie kann heftiges Erbrechen, kühle Extremitäten machen wie eine hernia incarcerata.

Die Heftigkeit der Symptome erheischt rasches Handeln, der Einschnitt durch die Hautdecken gibt meist schon Klarheit.

Auch Psoas — oder Senkungsabscesse — herrührend von Caries des Beckens, der Wirkelsäule täuschen manchmal incarcerirte Hernien vor.

Abscesse in den Bauchdecken könnten selbst wenn sie in der regio inguinalis vorkommen, nicht leicht mit Hernien verwechselt werden. So sollte man glauben. Neben genauer Untersuchung sollte der Anfang, der Verlauf der Geschwulstbildung davor schützen. Einen hieher gehörigen Fall erzählt Hoffmann (berl. klin. Wochenschrift V. 25).

Ein Arzt verordnete bei einer Geschwulst in der Leistengegend ein Bruchband und liess es trotz immer heftiger werdender Schmerzen tragen. Hoffmann erkannte die Geschwulst als Abscess der Bauchdecken und entleerte grosse Massen Eiters.

Endlich können auch Fettgeschwülste, Fettbrüche, besonders wenn aus irgend welchen anderen Gründen Einklemmungserscheinungen vorhanden den Verdacht einer wirklichen Hernie erregen, wenn sich etwa fieberhafte Zustände, wobei alle Se- und Excretionen vermindert sind, und Brechneigung vorhanden ist, compliciren.

Bei der Differentialdiagnose zwischen leeren Bruchsäcken, eingeklemmten Hernien und Geschwülsten erscheint es noch erwähnenswerth, dass es Fälle gibt, wo man bei der Herniotomie einen Bruchsack ohne Inhalt (ohne Darm oder Netz) vor sich zu haben glaubt, während dieser vorliegende Theil (dieser Sack) der Darm selbst ist d. h. der Bruchsack fehlt; z. B. bei angebornen Hernien; Zeissl (Archiv für klin. Chirurgie VI.) erwähnt 2 solche Fälle mit fehlendem Bruchsack.

Der am Eingange dieser Arbeit erwähnte Fall, der zu dem bisher Erwähnten noch einen neuen Beitrag liefert, ist nun der, dass ein suppurirender Bubo eine Hernie verdeckte.

Die 71jährige Wäscherin Anna Prieflinger von M. hatte sich schon vor 8 Jahren beim Heben eines grossen Schaffes Wasser einen Leistenbruch acquirirt, dessen Reposition gelang.

Durch das beständige Tragen eines Bruchbandes sei das

Uebel gehoben worden, doch sei eine haselnussgrosse Geschwulst (jedenfalls geschwellte Lymphdrüse) zurückgeblieben. Vor drei Wochen nun (circa Mitte März), als Patientin bei Stuhlentleerung von heftigem Husten befallen wurde, sei der Bruch wieder herausgegangen. Sie hatte nach eignem Gutdünken das Bruchband seit geraumer Zeit weggelassen.

Ein herbeigerufener Arzt reponirte die Hernie, soll jedoch — nach Aussage der Patientin — von einem Bruchbande nichts erwähnt haben. Einige Tage darauf stülpte sich der Bruch wieder aus der Bauchhöhle (circa hühnereigross), es stellte sich heftiges Bauchgrimmen ein, dazu gesellte sich Erbrechen, mit einem Worte, es war das Bild der Incarceration.

Die Kranke wurde immer elender und suchte endlich auf der v. Nussbaum'schen Klinik Hülfe.

Bei der Untersuchung ergibt sich in der rechten Inguinalgegend eine apfelgrosse, besonders auf der äusseren Seite auf Druck schmerzhafte Geschwulst. Die Haut darüber ist geröthet, zeigt Fluktuation geringen Grades; Bauchdecken gespannt, heftige Schmerzen, Erbrechen von kleinen Kothstücken.

Die Diagnose lautet auf hernia incarcerata (Lymphadenitis suppurativa nicht ausgeschlossen).

Dem Messer v. Nussbaum's kommt beim Einschneiden schon Eiter entgegen, wir haben offenbar einen Bubo vor uns; nach innen zu stösst man auf das incarcerirte Darmstück, dasselbe ist von bläulicher Färbung; v. Nussbaum reponirt es und macht die Radicaloperation.

Die Wundfläche wird mit Salicylwasser ausgewaschen, mit Salicylpulver bestreut, darauf kommt Watte, Borverband mit Guttapercha.

Patient befand sich vollkommen wohl, einige Stunden nach der Operation tritt ergiebige Defäcation ein.

Der Wundheilungsverlauf ist vollständig normal, nach 16 Tagen wird Pat. entlassen.

Danzel hat zwei Cardinalsätze als Resumé seiner sämmtlichen Betrachtungen aufgestellt:

Es kommen Incarcerationssymptome vor, ohne dass weder eine innere noch eine äussere Einklemmung da ist und ganz leere Bruchsäcke, können Incarcerationserscheinungen hervorrufen und zwar leere Bruchsäcke, welche sich entzünden.

Eine weitere These stellte Gelbach auf des Inhalts, dass der oft unvermeidliche error in diagnosi bei der Unmöglichkeit der Differentialdiagnose ohne Nachtheil für den Patienten sei, weil die Operation, welche den Irrthum aufklärt, ein Postulat der rationellen Therapie sei.

Wenn wir nun nach reiflicher Erwägung aller differentialdiagnostischen Momente dennoch Bedenken haben und uns fragen, was beginnen, was haben wir im concreten Falle zu thun? — so dürfte die richtige Beantwortung die sein, wir handeln, als hätten wir eine Incarceration vor uns, Bistouri und Hohlsonde werden unter Narkose das wichtigste Hülfsmittel sein zum Nachweise der richtigen Diagnose.

Zum Schlusse kann ich es nicht unterlassen den Gefühlen des regsten Dankes gegenüber meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Generalstabsarzt Professor Dr. Ritter v. Nussbaum und seinem ersten Assistenten, dem Herrn Privatdocenten Dr. O. Messerer an dieser Stelle für die gütige Unterstützung, die mir bei dieser Arbeit zu Theil geworden, Ausdruck zu verleihen.

Literatur.

Albert, Chirurgie & Operationslehre 1882.

Archiv für klinische Chirurgie.

Bardeleben, Lehrbuch der Chirurgie.

Berliner, klinische Wochenschrift.

Canstatt, Jahresberichte.

Danzel, herniolog. Studien.

Danzel, chirurg. Erfahrungen 1857.

Gelbach, Dissert. Pseudo-incarc. 1881.

Grabinger, 1882.

König, Lehrbuch der Chirurg.

Medicin. Jahrbücher, Wien 1871.

v. Nussbaum, über den Schock grosser Operation. & Verletz. 1877.

Theilhaber 1877.

Virchow & Hirsch, Jahresberichte.

Wiener, medic. Presse 1880.